



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E/O DI ATTO DI NOTORIETA'**  
(Artt. 46 e 47 D.P.R n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

- ai fini dell'affidamento dell'insegnamento del Corso di Laurea per la Professione Sanitaria in Ostetricia, della Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", attivato presso la sede di formazione esterna Azienda Ospedaliera S. Anna e S. Sebastiano di Caserta;
- ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità;

**DICHIARA**

di essere dipendente dell'Azienda Ospedaliera S. Anna e S. Sebastiano di Caserta con contratto di subordinazione a tempo indeterminato:

dal \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

presso l'Unità Operativa \_\_\_\_\_

Si allega copia fotostatica del documento di riconoscimento, fronte/retro, in corso di validità.

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_